

# Violences sexuelles, santé et éthique humanitaire : vers une approche globale, centrée sur la personne

**Paul Bouvier\***

Paul Bouvier est le conseiller médical du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et chargé d'enseignement à l'Institut de santé globale de l'université de Genève. Docteur en médecine, spécialisé en pédiatrie et en santé publique, il s'intéresse particulièrement à la vulnérabilité des enfants victimes de violences sexuelles et a mis en place des programmes de prévention des abus sexuels. Au CICR, son travail est axé sur les questions de santé et d'éthique dans l'action humanitaire, ainsi que sur la formation de professionnels de l'humanitaire aux principes de santé publique et d'éthique pour répondre aux crises et aux conflits armés.

## Résumé

*Le viol et les violences sexuelles sont des phénomènes courants dans les conflits armés et leurs conséquences sont dévastatrices. Nous avons appris à bien mieux les appréhender au cours de ces trente dernières années. Aujourd'hui, les humanitaires et les professionnels de santé comprennent mieux la réalité des violences sexuelles, leur ampleur et leur impact sur la santé psychique, sociale et physique, tant des individus que des communautés. On sait que le viol, tout comme la torture ou la violence de masse, a un effet déshumanisant. Beaucoup a été fait pour y apporter une réponse efficace et éthique, dans le respect et la compassion des victimes. L'assistance médicale et humanitaire contribue à la guérison et à la résilience des survivants comme des communautés. Dans cette perspective, les programmes doivent être centrés sur la personne, en valorisant son autonomie et sa dignité, et associés à une réponse médicale, psychosociale et socio-économique.*

**Mots clés :** violences sexuelles, conflits armés, éthique humanitaire, assistance humanitaire, accès aux soins de santé.



\* Cet article expose un point de vue personnel et ne reflète pas nécessairement les positions du CICR.

## Introduction : la lente reconnaissance des violences sexuelles

Jusqu'à une époque relativement récente, les violences sexuelles étaient dans un « angle mort » de la conscience des sociétés, un sujet sur lequel historiens, sociologues et politiques faisaient l'impasse ; il était ignoré des philosophes<sup>1</sup> et presque autant négligé des humanitaires et des professionnels de santé. Même si le viol est depuis longtemps considéré comme un crime grave, les réponses, tant sociétales que judiciaires, ont, dans de nombreux cas, manqué de conviction et de cohérence. Dans son analyse fondatrice de l'histoire du viol en France, Georges Vigarello fait remarquer que les condamnations pour viol étaient l'exception sous l'Ancien Régime<sup>2</sup>. Bien qu'en théorie les violences sexuelles étaient passibles de lourdes sanctions, il était fréquent que les auteurs en soient disculpés ou ne se voient infliger que des peines légères, alors que les victimes restaient ignorées, rejetées, ostracisées, voire accusées d'avoir attiré les violences dont elles souffraient. Alors que les violences sexuelles étaient considérées comme une faute morale, la victime était souvent considérée comme « contaminée » par la faute morale de l'auteur des violences. On considérait qu'il y avait eu acceptation tacite et donc la victime était considérée comme ayant été consentante. Dès lors, on la soupçonnait d'avoir séduit son agresseur, d'avoir accepté les faits ou même d'y avoir participé. Cette approche moralisante du violeur et de la victime explique en partie le silence qui s'est installé autour des violences sexuelles.

La même attitude a été observée concernant le viol en temps de guerre, qui a longtemps été considéré comme inévitable. Le silence entourant les violences sexuelles dans les conflits armés était entretenu, soit par complaisance, soit par la honte des professionnels et de la société. Tandis que le viol en temps de guerre était reconnu comme une infraction grave, on trouvait des raisons pour l'excuser, afin d'éviter d'avoir à donner des punitions de masse<sup>3</sup>.

L'histoire du traitement des violences sexuelles nous rappelle à quel point il importe de bien définir et cerner ce phénomène si l'on veut apporter des réponses efficaces tant pour les victimes, pour les auteurs que pour la société dans son ensemble. Un changement majeur est intervenu dans notre compréhension des violences sexuelles lorsque, au lieu de mettre en avant un prétendu consentement des victimes, on s'est intéressé à la contrainte exercée contre elles. Dès lors, pour leur apporter une réponse éthique et efficace, il est nécessaire de se concentrer sur la personne, de promouvoir son autonomie et sa dignité, et de donner une réponse qui intègre les dimensions médicale, psychosociale et socio-économique.

1 Voir l'introduction de Keith Burgess-Jackson à son ouvrage, *A Most Detestable Crime: New Philosophical Essays on Rape*, Oxford University Press, New York, 1999, p. 3.

2 Georges Vigarello, *Histoire du viol, XVI<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle*, Seuil, Paris, 1998, pp. 73, 292-293.

3 Marianna G. Muravyeva, « Categorising Rape in the Military Law of Modern Russia », in Raphaëlle Branche et Fabrice Virgili, *Rape in Wartime*, Palgrave Macmillan, London, 2012, pp. 17-33.

## Aborder les violences sexuelles

### Définition

La définition du viol et des violences sexuelles pose un problème conceptuel et comporte d'importantes implications pratiques. Comme l'histoire le montre, la façon dont les sociétés répondent aux violences sexuelles dépend de la définition qu'elles en donnent et de la conception qu'elles en ont. De telles violences sont-elles considérées comme un regrettable incident, un problème moral, une question de comportement, ou comme une agression ? Sont-elles perçues essentiellement comme une question de sexualité ou comme une question de violence ? C'est là une question centrale. Par exemple, aux États-Unis, certains États définissent le viol comme un acte de violence, sans considération du caractère sexuel de l'acte par la loi<sup>4</sup>. À l'autre extrémité du spectre, certains experts considèrent principalement la dimension sexuelle, en reléguant au second plan le caractère violent de l'acte. D'autres encore insistent sur l'absence de consentement, à tel point qu'un philosophe – de façon assez surprenante – a défini le viol comme « une activité sexuelle normale moins le consentement »<sup>5</sup>. Mais alors, qu'en est-il de la vie sexuelle, des désirs et de sentiments contradictoires ? De tels critères sont-ils pertinents et doit-on les prendre en compte dans la définition d'un cas ? Un viol implique-t-il toujours des violences physiques ou ne faut-il pas également considérer d'autres formes de contrainte et d'abus ?

À la suite des débats intenses des années 90, violences sexuelles et viol se définissent désormais par la contrainte dans un acte sexuel<sup>6</sup>. Force ou contrainte sont les deux éléments centraux de la définition des violences sexuelles. Selon cette approche, on reconnaît donc qu'il ne s'agit pas d'une simple relation sexuelle qui tourne mal ; il y a violence et abus, sur fond de sexualité<sup>7</sup>.

S'il y a souvent absence de consentement, ce n'est pas là l'élément principal d'une définition opérationnelle, en particulier à des fins juridiques, médicales ou de santé publique. Le critère du consentement peut sembler peu pertinent dès lors qu'il y a usage de la force ou de la contrainte. De la même façon, dans un climat de crainte généralisée et de violence, il peut arriver que certaines « offres » sexuelles relèvent de la contrainte, même lorsque des femmes y ont expressément consenti. En outre, la question du consentement reporte la responsabilité et le fardeau de la preuve sur la victime. Comment une personne peut-elle apporter la preuve qu'elle n'était pas consentante ? Faut-il que la victime ait physiquement blessé son agresseur pour en attester, s'exposant ainsi au risque de violences physiques et peut-être d'en mourir ? Si l'auteur affirme qu'il y a eu consentement, c'est à la victime de démontrer que ce n'était pas le cas et de mettre en lumière le mensonge de l'auteur ; si la personne est

4 Keith Burgess-Jackson, « A History of Rape Law », in K. Burgess-Jackson (dir.), *op. cit.* note 1, p. 24.

5 Cité par Susan Brison, *Aftermath: Violence and the Remaking of a Self*, Princeton University Press, Princeton, NJ, 2002, p. 6. (Édition française, « Après le viol ». Nîmes, Ed. Jacqueline Chambon, 2003, 186 p, p. 23.

6 Keith Burgess-Jackson, « A Theory of Rape » in K. Burgess-Jackson (dir.), *op. cit.* note 1, p. 93.

7 Patricia Smith, « Social Revolution and the Persistence of Rape », in K. Burgess-Jackson (dir.), *op. cit.* note 1, pp. 38 et 39.

vulnérable ou dans une situation de dépendance vis-à-vis de son agresseur, une telle démonstration peut s'avérer extrêmement difficile.

Autant de raisons qui expliquent la grande diversité des situations rencontrées. La part de la contrainte et du consentement peut aussi être influencée par d'autres éléments, à commencer par les capacités et les vulnérabilités de la victime potentielle. Enfants, personnes âgées ou avec un déficit de développement, courent plus de risques et sont moins à même de résister à la force ou à la contrainte, comme de donner leur consentement. En second lieu, on trouve la nature de la relation entre la victime potentielle et son agresseur, au regard des éléments de dépendance : on notera que les personnes pauvres, déplacées ou détenues, sont particulièrement vulnérables et sujettes à des abus de la part de ceux qui exercent sur elles un pouvoir économique, politique, professionnel ou autre, y compris religieux ou éducatif. Troisièmement, le contexte social et institutionnel influera sur l'acte car, comme il a été dit précédemment, le consentement n'a que peu de poids dans un contexte de conflit et de violence communautaire.

Les actes de « violence sexuelle » sont définis par le statut de Rome instituant la Cour pénale internationale (CPI) comme des actes de coercition sexuelle visant directement une personne<sup>8</sup>. Les violences sexuelles englobent le viol, la prostitution forcée, l'esclavage sexuel, la grossesse forcée, la stérilisation forcée et d'autres formes de violence sexuelle. En vertu de ce statut, la CPI est compétente pour connaître des violences sexuelles qualifiées de crime de guerre et de crime contre l'humanité<sup>9</sup>.

Cette définition juridique est en accord avec la définition opérationnelle adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans un but de santé publique, point de départ d'une approche de santé publique des violences sexuelles<sup>10</sup>. L'OMS définit la violence sexuelle comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail »<sup>11</sup>. Le viol, forme

8 *Les Éléments des crimes de la Cour pénale internationale* utilisent spécifiquement les termes « coercition » et « environnement coercitif » pour qualifier le viol et les violences sexuelles de crime de guerre et de crime contre l'humanité. « L'acte a été commis par la force ou en usant à l'encontre de ladite ou desdites ou de tierces personnes de la menace de la force ou de la *coercition*, telle que celle causée par la menace de violences, contrainte, détention, pressions psychologiques, abus de pouvoir, ou bien à la faveur d'un *environnement coercitif*, ou encore en pro tant de l'incapacité de ladite personne de donner son libre consentement » (souligné par l'auteur). Voir *Éléments des crimes de la Cour pénale internationale*, La Haye, 2011, articles 7, 1), g)-1, 7, 1), g)-6, 8, 2), b), xxii)-1, 8, 2), b), xxii)-6, disponible sur : <https://www.icc-cpi.int/nr/rdonlyres/7730b6bf-308a-4d26-9c52-3e19cd06e6ab/0/elementsofcrimesfra.pdf> (tous les liens ont été vérifiés en janvier 2017).

9 Pour les éléments du crime de viol comme crime de guerre ou crime contre l'humanité, voir *ibid.*, articles 7, 1), g)-1, 8, 2), b), xxii)-1, 8, 2), e), vi-1. Pour plus d'informations sur le droit applicable et les violences sexuelles dans les conflits armés, voir l'article de Gloria Gaggioli dans ce numéro de la *Sélection française de la Revue*.

10 Sous la direction de Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, OMS, Genève, 2002, disponible en Français sur : [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/fr/full\\_fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf).

11 Voir *ibid.*, Chapitre 6, « La violence sexuelle », p. 165 disponible sur : [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/chap6fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/chap6fr.pdf).

spécifique de violence sexuelle, est défini comme : « acte de pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus, imposé notamment par la force physique, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet »<sup>12</sup>. Cette définition opérationnelle est un élément clé de l'approche de santé publique adoptée par l'OMS à propos des violences sexuelles, une vaste entreprise destinée à évaluer l'étendue du problème, ses facteurs déterminants et ses conséquences, ainsi que les mesures à prendre tant à titre préventif qu'en termes de soins de santé<sup>13</sup>.

## Conséquences sur la santé

Les violences sexuelles ont de sévères conséquences susceptibles d'affecter la vie et la santé des personnes, sous toutes leurs dimensions, physique, psychique, sociale, spirituelle. Parmi les conséquences physiques, on relève des lésions, des abrasions, des brûlures, des traumatismes abdominaux ou thoraciques<sup>14</sup>. Des infections sexuellement transmises comme le VIH/SIDA, peuvent survenir. Des douleurs, aiguës ou chroniques, peuvent résulter de la violence physique ou d'autres traumatismes internes ou psychosomatiques. La douleur peut être localisée dans les sphères génitale, anale ou abdominale ; la douleur peut aussi être générale, sans localisation spécifique. Les conséquences à long terme des violences sexuelles comprennent aussi la stérilité, des fistules vésico-vaginales et un risque accru de divers problèmes de santé subséquents.

Parmi les conséquences possibles des violences sexuelles sur la santé mentale et psychologique, on peut relever la détresse, l'auto-culpabilisation, le sentiment d'isolement et la perte d'estime de soi, des troubles du comportement y compris des troubles du sommeil, anorexie ou boulimie ; des abus de substances, un comportement sexuel à haut risque, des troubles psychiques, dont la dépression, des syndromes traumatiques tels les troubles de stress post-traumatiques (PTSD), des troubles de l'anxiété tels l'aphasie, la perte d'audition, des idées suicidaires, des tentatives de suicide et autres formes de violences contre soi, pouvant entraîner la mort<sup>15</sup>. Nombreuses sont les victimes de viol qui vivent dans la peur, voire la terreur, traversant des épisodes mêlés de confusion, d'indignité, de colère et d'incapacité, des moments de culpabilité et de honte tant pour elles-mêmes qu'à l'égard de leur famille, par rapport à leurs aspirations profondes et à leurs croyances spirituelles.

Une grossesse consécutive à des violences sexuelles sera souvent cause de choc, de traumatisme, de crainte et de confusion ; venant s'ajouter à une expérience traumatique, elle aggrave la souffrance, le désespoir et le sentiment d'impuissance.

12 *Ibid.* p. 165.

13 Voir les pages internet de l'OMS sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fr/> et sur : [www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/sexual\\_violence/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/sexual_violence/en/).

14 OMS, Conséquences sur la santé : comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. OMS/RHR 12.43 Genève 2012.

15 OMS, Santé mentale et soutien psychosocial pour les victimes de violence sexuelle liée au conflit : dix mythes. OMS/HRP/12.17, Genève, 2012.

## Vie personnelle, vie de couple, vie de famille

Les actes de violence sexuelle atteignent l'existence d'un individu dans ce qu'elle ou il a de plus intime, son individualité même, mettant en cause son identité, l'image qu'elle ou il a d'elle-même, son histoire personnelle, sa vie morale et ses aspirations spirituelles. Le viol porte également atteinte, de différentes manières, au conjoint et aux enfants de la victime. Le viol est une intrusion violente dans la vie de la personne ; c'est aussi une agression contre le mariage et la vie de couple. Le conjoint de la victime peut être profondément affecté, d'abord comme témoin de l'événement traumatique et car il ou elle est souvent le premier à en entendre le récit. Le viol peut aussi directement détériorer la relation maritale, la vie de couple, affecter les projets du couple, le désir d'enfants. Des études ont révélé la détresse des maris, leur sentiment d'indignité et de culpabilité, pour avoir été incapable de protéger leur femme, la crainte et la honte d'avoir été eux-mêmes souillés par ces actes déshumanisants. Le traumatisme des maris et partenaires peut être profond<sup>16</sup>. Dans bien des cas, le viol est à l'origine d'une répudiation, d'une séparation avec le conjoint, pendant ou après le conflit. Les enfants eux aussi subissent ce choc, cette terreur, surtout s'ils ont assisté à l'agression. Le viol peut être cause de rupture, de possible fracture dans la généalogie d'un être, dans la continuité de sa filiation et de sa descendance. Cette dimension peut avoir des conséquences profondes sur le conjoint et les enfants, voire sur toute la famille, et, au-delà, sur la socialisation de la personne concernée. Dans les conflits armés, cette dimension conjugale revêt une importance particulière et, dans certains cas, elle peut être partie intégrante de l'intention qui a dicté les actes de violence sexuelle<sup>17</sup>.

Lors d'entretiens conduits en République Démocratique du Congo (RDC)<sup>18</sup>, des femmes victimes de viols ont insisté sur la nécessité d'informer et de soutenir les maris des victimes afin d'éviter le risque de rejet et de stigmatisation, et de leur permettre d'accepter et d'élever un enfant né d'un viol. Elles ont évoqué par ailleurs l'importance d'une éducation communautaire, pour sensibiliser la population locale aux violences sexuelles et éviter le rejet, la mise à l'écart des victimes et des enfants. Partenaires, enfants, témoins, tous ont besoin d'accompagnement, de conseils et d'attention pour parvenir à surmonter le traumatisme psychologique, à se reconstruire et à retrouver l'estime de soi.

## Les conséquences sociales

Les conséquences sociales des violences sexuelles sont indissociables de leurs conséquences psychologiques et affectives et contribuent à leur tour à en aggraver

16 Jocelyn Kelly *et al.*, « "If Your Husband Doesn't Humiliate You, Other People Won't": Gendered Attitudes Towards Sexual Violence in Eastern Democratic Republic of Congo », *Global Public Health*, vol. 7, n° 3, 2012, pp. 285–298.

17 Evelyne Josse, « "Ils sont venus avec deux fusils" : les conséquences des violences sexuelles sur la santé mentale des femmes victimes dans les contextes de conflit armé », *Revue internationale de la Croix-Rouge*, vol. 92, n° 877, mars 2010, pp. 177–195

18 J. Kelly *et al.*, *op. cit.* note 16.

les effets. Il est fréquent que les victimes de viol soient culpabilisées, considérées comme déshonorées, indignes, souillées par le mal et la faute morale. Aux yeux de leur famille et de leur communauté, « elles sont considérées comme des criminelles [traduction CICR]<sup>19</sup> ». On peut observer des réactions fortes, violentes, comme le rejet de la victime, qui se retrouve isolée, délaissée, au sein même de sa famille, reniée par la société. On peut aussi constater des stigmatisations sociales et des discriminations contre les victimes, leur conjoint, leurs enfants, leurs proches.

Les victimes de viol se retrouvent soudain dans une situation de grande vulnérabilité, en butte à de nouvelles violences sexuelles, au risque de rejet ou d'abandon des enfants nés du viol, au mariage forcé, au dénuement et à la perte de leurs moyens de subsistance<sup>20</sup>. Beaucoup vivent dans la peur permanente, la crainte de revenir sur le lieu de l'agression. L'abandon, le dénuement, des maladies tel que le SIDA, d'autres sévices, le meurtre, des comportements suicidaires ou autodestructeurs, peuvent conduire à la mort.

### Deshumanisation, mort sociale et morale

Que ce soit dans l'optique de l'agression, du vécu de la victime ou des conséquences sur les divers aspects, personnel, relationnel et social, de la vie de la victime, le viol est l'une des atteintes les plus graves à l'intégrité de la personne, à sa vie, à sa dignité. Comme la torture, l'esclavage ou l'extrême violence, le viol déshumanise. La philosophe Mari Mikkola explore le viol en tant que paradigme de déshumanisation<sup>21</sup> qu'elle définit comme : « un acte ou un traitement ... qui constitue un recul inacceptable pour nos intérêts humains légitimes ainsi qu'un préjudice moral [Traduction CICR] ». Cette définition, pour abstraite qu'elle soit, correspond bien au vécu des victimes de viol. Nombreuses d'entre elles se disent mortes, comme étant, humainement et psychiquement, sans vie. « Ce n'était là que le premier d'une série d'incidents au travers desquels j'avais la sensation de faire l'expérience des choses de manière posthume » écrit Susan Brison, qui a vécu un viol et frôlé la mort. Pendant des mois, ajoute-t-elle, « je me sentais en quelque manière comme survivante à moi-même<sup>22</sup> ». Pour beaucoup de victimes, leur moi ne leur appartient plus ; elles sont devenues étrangères à elles-mêmes, à leur corps, à leur vie personnelle, à leur communauté. Ayant perdu leur dignité et leur valeur en tant qu'être humain, elles se sentent salies, extérieures à toute humanité. Cet état est souvent aggravé par une réaction collective de déni de la part de leur famille et de leurs amis<sup>23</sup>. Les victimes vivent dans l'isolement, la solitude, l'incompréhension, dans un univers qui, pour elles, est devenu précaire, violent et menaçant.

19 Richard Mollica, *Healing Invisible Wounds: Paths to Hope and Recovery in a Violent World*, Harcourt, Orlando, FL, 2006, p. 230.

20 R. Charli Carpenter, « War's Impact on Children Born of Rape and Sexual Exploitation: Physical, Economic and Psychosocial Dimensions », in R. C. Carpenter, *Born of War: Protecting Children of Sexual Violence Survivors in Conflict Zones*, Kumarian Press, Hartford, 2007.

21 Mari Mikkola, « Dehumanization », in Thom Brooks (dir.), *New Waves in Ethics*, Palgrave Macmillan, Basingstoke, 2011, pp. 128-149, 141.

22 Susan Brison, *op. cit.* note 5, p.8 ; (édition Française, p. 25).

23 *Ibid.*, p. 9. ; (édition Française, p. 25).

Au regard de leur communauté et de la vie en société, les violences sexuelles peuvent radicalement transformer les relations sociales et conduire à un anéantissement culturel<sup>24</sup>. Comme la violence collective ou la torture, ces actes peuvent donner l'impression d'avoir été planifiés, délibérément organisés pour annihiler des individus, des sociétés, des nations<sup>25</sup>.

## Grossesse et enfants nés du viol

C'est dans ce contexte dur et traumatisant, que des femmes, des jeunes filles vont se découvrir enceintes à la suite d'un viol. Elles sont souvent confrontées à de grandes difficultés et à une situation très difficile à vivre, douloureuse, comportant des risques majeurs pour leur santé et leur survie. Dans certains conflits récents où le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a conduit des activités, des femmes et des jeunes filles ont été obligées de mener à terme une grossesse consécutive à un viol. Beaucoup d'entre elles ont abandonné leur bébé. Parmi celles qui l'ont gardé, beaucoup ont été confrontées à l'ostracisme et à une extrême pauvreté ; certaines ont été tuées par leur famille, d'autres se sont suicidées. De nombreuses femmes et jeunes filles ayant eu une grossesse après des violences sexuelles ont dû quitter leur famille et leur communauté, et se déplacer pour chercher ailleurs un endroit pour survivre.

Dans certains contextes, les enfants nés d'un viol, de l'esclavage sexuel ou de l'exploitation sexuelle en temps de guerre, ont été victimes de maltraitance, de négligence, voire d'infanticide ; beaucoup ont été rejetés, stigmatisés, victimes de discrimination, privés de leur droit à l'éducation, à une famille, à l'identité, à la sécurité physique. Certains enfants ont aussi souffert de problèmes de santé et de croissance, dus aux circonstances de la grossesse et de leur naissance et du traumatisme psychologique vécu par leur mère<sup>26</sup>. Certains enfants, nés de violences sexuelles, ont été abandonnés et placés dans des établissements spécialisés ou des orphelinats.

## Répondre aux violences sexuelles et aux viols dans les conflits armés

### Humanité : respect et empathie

Du fait du traumatisme psychique et du sentiment de déshumanisation qu'elles engendrent, les violences sexuelles représentent l'un des principaux défis pour les humanitaires et les professionnels de santé, tant d'un point de vue éthique que médical. Outre les besoins médicaux et psychosociaux, et peut-être au-dessus de ceux-ci, il s'agit de panser de profondes blessures morales, aggravées par la mise à l'écart de la famille, le rejet de la société et l'impératif de survie dans un environnement de conflit armé, un monde de violence où les plus vulnérables sont directement menacés.

24 R. Mollica, *op. cit.* note 19, p. 66.

25 *Ibid.*, p. 63

26 Françoise Sironi, *Psychopathologie des violences collectives*, Odile Jacob, Paris, 2007, pp. 59–62.



L'une des premières priorités dans l'établissement d'une réponse efficace aux victimes de violences sexuelles est de les traiter avec respect et empathie- en un mot, avec humanité<sup>27</sup>. Traiter une personne avec respect signifie prendre en compte et promouvoir la dignité de la personne, dépasser son traumatisme et ses sentiments de déshumanisation. Traiter quelqu'un avec empathie implique d'identifier les vulnérabilités et la souffrance de la personne, lui exprimer solidarité, attention et soutien, tout en reconnaissant et valorisant ses capacités. Comme l'a écrit Paul Ricœur, l'être humain se définit par son identité, ses capacités, ses vulnérabilités ; la personne est un être « agissant *et* souffrant »<sup>28</sup>. Son identité s'exprime par son nom et son histoire, sa religion aussi, sa culture et ses croyances. Elle a capacité pour dire et agir, parler et raconter, pour rendre compte de ses actes comme pour promettre ; par ailleurs, sa vulnérabilité appelle sollicitude et attention. Traiter quelqu'un avec humanité implique que toutes ces dimensions soient prises en compte, respectées et protégées. Cela passe par la reconnaissance de l'identité d'autrui, de son nom, de son histoire ; il faut l'amener à plus d'autonomie, à développer son potentiel ; il faut savoir reconnaître ses vulnérabilités et sa souffrance.

L'essence de la mission humanitaire réside dans l'accompagnement et la sollicitude à l'égard des personnes affectées, en encourageant leur autonomie et en renforçant leurs capacités. Les humanitaires doivent éviter de réduire les individus à une situation de vulnérabilité, de dépendance et de souffrance, à un événement traumatique ou à des besoins de santé. Les réponses humanitaires et les soins de santé devraient être fondés sur les besoins de la personne, toujours dans le respect de sa dignité et la reconnaissance de son identité, de son histoire, de son potentiel et de ses souhaits. La réponse doit être centrée sur la personne, dans toutes ses facettes<sup>29</sup>. Placer la personne au cœur, implique une réorientation fondamentale pour bon nombre de professionnels, d'institutions, d'organisations. Le respect de la vie privée et de la confidentialité est d'une importance primordiale afin d'éviter des attitudes d'accusation des victimes ainsi que toute discrimination fondée sur l'âge, le genre ou l'origine. La personne a besoin d'une relation de soin bienveillante, d'informations claires, de soutien et d'encouragement de façon à lui permettre de choisir la réponse la plus appropriée à sa situation et à ses besoins particuliers.

Face à une personne qui a été victime de violences sexuelles, qui est profondément traumatisée et se sent déshumanisée, le principe qui s'impose, c'est le respect absolu de la personne et de son autonomie. On doit s'interdire toute pression, ne pas chercher à forcer le récit des événements, ne pas inciter le patient à consulter, à suivre tel ou tel traitement médical ou autre. Un comportement respectueux et bienveillant pour que s'instaure une relation au long cours, dans l'écoute et le soutien, est un élément indispensable pour aider une personne à surmonter un traumatisme grave et, le cas échéant, à entamer un processus de guérison et de résilience.

27 Jonathan Glover, *Humanity: A Moral History of the Twentieth Century*, Pimlico, London, 2001, p. 383.

28 Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris, 1990, p. 223.

29 OMS, « Ce qu'il faut faire et ne pas faire dans le cadre des programmes psychosociaux communautaires relatifs aux violences sexuelles dans les situations de conflit » OMS/RHR/HRP/12.16, Geneva, 2012, disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75176/1/WHO\\_RHR\\_HRP\\_12.16\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75176/1/WHO_RHR_HRP_12.16_fre.pdf?ua=1).

## Soins médicaux

Les violences sexuelles constituent une situation médicale d'urgence. Les victimes devraient avoir accès aussi vite que possible, à des soins médicaux et un accompagnement d'urgence. Il est essentiel que les victimes de viol reçoivent des soins dans les soixante-douze heures, afin de prévenir le risque de maladie sexuellement transmissible, y compris le VIH, ou de bénéficier d'une contraception d'urgence. Le même délai est également recommandé pour tout examen, analyse ou prélèvement à des fins médico-légales<sup>30</sup>.

Une consultation avec un médecin s'impose dès que possible pour une anamnèse et un examen médical approfondi de la victime avec, si nécessaire et possible, des examens spécialisés et des analyses complémentaires de laboratoire ; le patient devrait recevoir un traitement pour ses blessures et ses maladies ; il devrait être informé des conséquences éventuelles et conseillé quant à la marche à suivre pour de futurs soins. Les victimes de violences sexuelles doivent avoir accès à des centres de soins bien gérés et fonctionnant correctement, dotés de matériel adéquat ainsi que d'un personnel compétent et dévoué, au fait des bonnes pratiques médicales. Les soins de santé devraient être administrés de façon à répondre aux besoins du patient ou de la patiente, de façon intégrée et globale, et de manière à assurer leur continuité.

La première rencontre avec un professionnel de santé est souvent un moment privilégié, une occasion pour le patient de relater l'événement. Ceci nécessite une attitude ouverte et chaleureuse, une capacité d'écoute et un accueil professionnel dénué de tout jugement moral et seulement axé sur les attentes et les besoins de la personne, en veillant à maintenir une juste distance entre froideur ou indifférence et proximité ou relation fusionnelle, afin d'accompagner le patient et de promouvoir son autonomie<sup>31</sup>. En présence de signes d'éventuelles violences sexuelles, il peut être utile d'inviter la victime à raconter son expérience ; beaucoup ne peuvent être capables d'évoquer un tel événement traumatique que bien plus tard et il est indispensable de respecter ce silence, sans jamais forcer ou pousser la victime à parler.

Comme toujours en matière de soins médicaux, les professionnels de santé doivent conserver un compte rendu de leurs rencontres avec des victimes probables de violences sexuelles. À la demande du patient, le professionnel de santé devrait lui remettre un résumé de son dossier médical mentionnant l'identité de la personne, le lieu et la date de la rencontre, le résumé des faits tels que relatés par le patient, ainsi qu'un descriptif du bilan médical. Le résumé ne devrait faire aucune mention du diagnostic ni de l'interprétation des différents éléments. En cas de poursuites judiciaires, le patient doit pouvoir produire ce résumé.

Dans de nombreux contextes de conflit armé ou de crise humanitaire, l'accès aux soins médicaux en temps opportun est soit impossible soit très difficile. Dans de nombreuses régions, les infrastructures médicales sont précaires, le personnel est insuffisamment formé et les médicaments font défaut ; de plus, les victimes peuvent

30 OMS, *Guidelines for Medico-legal Care of Victims of Sexual Violence*, Geneva, 2003.

31 Paul Ricœur, « La prise de décision dans l'acte médical et l'acte judiciaire », in Paul Ricœur, *Le Juste 2*, Esprit, Paris, 2001, pp. 245-255.

devoir faire de longs trajets pour se faire soigner. Selon une étude menée en RDC<sup>32</sup>, moins de 5 % des victimes de viol interrogées auraient bénéficié de soins dans les soixante-douze heures. Selon le CICR, il en irait de même dans certaines régions de Colombie et dans un grand nombre d'autres pays confrontés à des conflits armés.

Par ailleurs, nombreuses sont les victimes qui n'ont pas conscience qu'elles doivent impérativement consulter et, éventuellement, suivre un traitement. De plus, le traumatisme, la confusion, la honte, sont tels que de nombreuses victimes sont incapables de parler de leur agression à qui que ce soit et même d'y penser. Elles gardent le silence sur ce qu'elles ont vécu, leur souffrance et leur traumatisme. Il n'est pas rare que la grossesse soit ignorée ou dissimulée. Nombreuses aussi sont les victimes qui, craignant pour leur propre sécurité, hésitent à se faire soigner. Elles pensent qu'en allant dans un centre spécialisé, elles prennent le risque d'être reconnues par un proche, une connaissance, une personne en lien avec l'auteur de l'acte, et elles se sentent donc en danger. C'est pourquoi, pour contourner de tels obstacles et éviter de telles menaces pour la sécurité des victimes, mais aussi pour leur faciliter l'accès aux soins, il est important d'intégrer ces consultations spécialisées dans des structures générales de santé. Pour garantir la sécurité des victimes et assurer leur protection contre de nouveaux sévices, il est indispensable de mettre en œuvre des mesures propres à garantir leur sûreté, de fournir des consignes de sécurité et de réduire ainsi le niveau de risque.

## Accompagnement psychologique et psychosocial

Outre les soins de santé, il est important d'offrir aux victimes de violences sexuelles des soins de santé mentale qui répondent aux mêmes exigences de qualité et de professionnalisme. Conscients des difficultés rencontrées et des conséquences qu'elles risquent d'avoir sur la santé mentale des victimes, différents programmes ont été développés pour répondre aux violences sexuelles. Il a été considéré que ces interventions ne pouvaient qu'être utiles aux victimes, mais on sait que des interventions mal conçues peuvent s'avérer extrêmement préjudiciables, destructrices et sources de pathologies<sup>33</sup>. On considère désormais que toute assistance doit impérativement faire l'objet d'une évaluation permettant d'en évaluer l'efficacité et les répercussions éventuellement négatives sur les personnes concernées et leur environnement social.

On a beaucoup progressé ces dix dernières années, en déplaçant l'attention des vulnérabilités et du traumatisme, vers la résilience. La résilience a été définie comme un « processus dynamique qui passe par une adaptation positive dans un contexte d'adversité notoire [traduction CICR]<sup>34</sup> ». Il ne s'agit pas là des qualités de résistance qui permettent à un individu de résister au stress ou de faire face à l'adversité, mais bien d'autre chose ; la résilience est un « processus biologique,

32 J. T. Kelly, T. S. Betancourt, D. Mukwege, R. Lipton et M. J. VanRooyen, « Experiences of Female Survivors of Sexual Violence in Eastern Democratic Republic of the Congo: A Mixed-Methods Study », *Conflict and Health*, vol. 5, n° 25, 2001, pp. 2-8.

33 R. Mollica, *op. cit.* note 19, p. 236.

34 Suniya S. Luthar, Dante Cicchetti & Bronwyn Becker, « The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work », *Child Development*, vol. 71, n° 3, 2000, pp. 543-562.

psycho-émotionnel, social et culturel qui permet un néo-développement à la suite d'un traumatisme psychologique<sup>35</sup> ». C'est un processus dans lequel la personne joue un rôle actif, avec le soutien des autres et en interaction avec eux. Deux ingrédients essentiels contribuent au processus de résilience : d'une part l'existence de liens positifs avec autrui, d'autre part, la construction d'un récit à partir des événements vécus, et la possibilité de relater cette histoire<sup>36</sup>. La transformation de l'événement traumatique en récit participe au processus de résilience en ce qu'il organise le chaos et lui donne un sens<sup>37</sup>. Pour autant, deux mises en garde s'imposent ici : exprimer, relater, répéter l'histoire traumatisante peut se révéler extrêmement contre-productif. Certes, le récit peut être un élément de guérison, si, en relatant les faits, la victime arrive à leur trouver un sens et à surmonter ainsi le traumatisme. Quoi qu'il en soit, les professionnels devraient veiller à ne pas trop insister sur les faits dans leur brutalité, comme si leur simple exposé pouvait être un remède magique pour la victime<sup>38</sup>. En deuxième lieu, la résilience ne s'obtient pas seul, mais avec les autres ; c'est un processus évolutif et interactif. Une particulière attention doit être apportée à la relation qui s'instaure entre la personne affectée et les auditeurs de son récit. Pour ce faire, les groupes de parole qui permettent non seulement de partager l'histoire traumatisante, mais aussi de réfléchir à sa signification et aux stratégies pour y survivre, constituent la voie la plus efficace et certainement l'une des plus sûres pour guérir d'un traumatisme sévère<sup>39</sup>. Dans plusieurs pays, le CICR a mis en place des programmes de soins et d'accompagnement pour les victimes de violences sexuelles, en répondant à leurs besoins psychologiques et sociaux. En RDC, les « maisons d'écoute » sont un modèle d'action particulièrement réussi auprès des victimes de violences sexuelles de masse<sup>40</sup>.

La continuité des soins médicaux, de santé mentale et de soutien psychosocial, avec un suivi régulier, est essentielle pendant un certain temps. De plus, une aide économique s'avère souvent une composante essentielle de l'assistance pour des victimes qui sont déplacées ou privées de leur moyen de subsistance. Ces personnes ont souvent besoin d'un abri et d'une aide financière pour survivre et se reconstruire. Il est primordial de s'assurer que ces personnes ne seront pas exclues et que, autant que possible, elles réintègrent leurs familles et leurs communautés afin qu'elles ne souffrent pas d'un traumatisme supplémentaire causé par la stigmatisation ou l'abandon.

35 Entretien personnel avec Boris Cyrulnik sur la résilience, Paris, décembre 2010.

36 Boris Cyrulnik, *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, Paris, 1999.

37 Boris Cyrulnik, « Children in War and Their Resilience », in Henri Parens, Harold P. Blum and Salman Akhtar, *The Unbroken Soul: Tragedy, Trauma and Resilience*, Jason Aronson, Lanham, MD, 2008.

38 R. Molica, *op. cit.* note 19, p. 223.

39 *Ibid.*, p. 234.

40 Pour plus d'informations sur les « maisons d'écoute », voir, par ex. CICR « Democratic Republic of the Congo: Taming One's Fear, by Helping Others », 2009, à consulter sur: <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/feature/2009/congo-kinshasa-feature-220509.htm>.

## Justice

La justice est, en principe, l'une des composantes de toute réponse complète aux violences sexuelles. Une justice équitable qui passe par la poursuite des auteurs présumés selon un procès équitable, peut aider les victimes à surmonter le traumatisme et à construire une résilience. Pour autant, la justice n'a pas de fonction thérapeutique, ni exclusivement répressive, son rôle premier étant de dire le droit<sup>41</sup>. En ce qu'elle énonce des valeurs et qu'elle fait la part entre ce qui est juste et ce qui ne l'est pas, elle contribue à dissiper la confusion<sup>42</sup>. En ce sens, la justice est donc nécessaire, en premier lieu, à la victime qui est « reconnue publiquement comme un être offensé et humilié<sup>43</sup> ». Cette reconnaissance a une double dimension, à la fois publique et personnelle, en ce qu'elle touche à l'estime de soi. Ainsi, la justice peut contribuer au travail de deuil<sup>44</sup> et, éventuellement, à la résilience. La justice est également nécessaire à la société pour lui permettre de prendre ses distances par rapport à la vengeance en lui substituant l'indignation. Et, pour finir, la justice est aussi nécessaire pour l'auteur de l'acte. Dans un procès, le coupable devient un acteur, reconnu comme un être doué de raison, comme l'auteur de ses propres actes. Ainsi la sanction ouvre la voie à une possible restauration de la capacité du condamné de redevenir un citoyen à part entière<sup>45</sup>.

L'accès à une aide juridique est important, tout en tenant compte du contexte et du fonctionnement des institutions compétentes, mais aussi des attentes et de la sécurité des victimes. La plupart d'entre elles ont besoin d'être informées et conseillées et nombreuses sont celles qui souhaitent que justice soit faite et que les auteurs des violences soient poursuivis. Il faut cependant reconnaître que cet objectif n'est pas toujours réaliste, encore moins en période de conflit armé, dans la mesure où l'appareil judiciaire est inexistant et où un procès équitable est inenvisageable. Notons en outre que des poursuites pénales paraissent se préoccuper plutôt de punir les auteurs de crimes que de se soucier de ce qu'ont vécu les survivants, leur douleur et leurs souffrances et leur lutte pour guérir et survivre<sup>46</sup>. Par ailleurs, la dénonciation peut exposer les victimes à des actes de vengeance, d'atteintes à leur intégrité physique, voire à leur vie. Dans une étude menée en RDC, les survivantes de viol soulignent le rôle important de la justice, spécialement la dénonciation et la poursuite des auteurs, comme un élément du respect de leurs droits et de l'attention qui doit leur être apportée ; elles sont toutefois conscientes que les conditions pour ce faire n'étaient pas réunies dans des régions où l'appareil policier et judiciaire était déficient et où la dénonciation risquait de se retourner contre les victimes et de les exposer à des menaces et des représailles<sup>47</sup>.

41 Paul Ricœur, « Justice et vengeance », in P. Ricœur, *Le Juste 2*, Esprit, Paris, 2001, p. 261.

42 Denis Salas, « L'inceste, un crime contre la filiation », in Gérard Neyrand, *Le cœur, le sexe, et toi et moi*, Panoramiques-Corlet, Paris, 1998, p. 34.

43 Paul Ricœur, « Sanction, réhabilitation, pardon », in Paul Ricœur, *Le Juste*, Éditions Esprit, Paris, 1995, pp. 198-199.

44 *Ibid.*

45 *Ibid.*

46 R. Mollica, *op. cit.* note, p. 212.

47 J. T. Kelly et al., *op. cit.* note 32.

## Protection, éducation, prévention

La protection fait partie intégrante de la réponse aux violences sexuelles en période de conflit armé. Ceci inclut, tout d'abord, de prendre des actions sur l'environnement pour accroître la sécurité des personnes et ainsi réduire leur exposition aux risques et leur vulnérabilité. À titre d'exemples, le CICR a constaté que des réchauds à faible consommation de carburant permettent aux femmes de passer moins de temps à ramasser du bois de chauffe dans la forêt ou que le forage de puits à proximité des villages minimise les risques qu'elles encourent en allant puiser l'eau.

Les activités de protection impliquent aussi un dialogue avec les communautés afin de leur faire prendre conscience du danger et de mettre en place des stratégies pour leur sécurité. Un dialogue confidentiel doit aussi s'établir tant avec les autorités qu'avec les groupes armés ; il doit s'articuler autour des faits, constatés ou allégués, de leurs conséquences sur les victimes et leur entourage, des suites judiciaires et pénales à donner à ces actes, des mesures qui s'imposent pour identifier et punir les auteurs, protéger la population et réduire le risque de telles agressions.

Les activités de prévention comprennent aussi la promotion et une meilleure connaissance du droit international humanitaire, une meilleure compréhension des raisons qui sous-tendent l'interdiction des violences sexuelles dans les conflits armés. Des survivantes de violences sexuelles ont souligné l'importance de l'information et de la sensibilisation des familles et des communautés. Ainsi, en RDC, les survivantes de viol ont dit à quel point l'information et l'accompagnement de leurs maris étaient indispensables afin d'une part d'éviter qu'elles ne soient stigmatisées ou rejetées et d'autre part pour amener leurs maris à accepter d'élever un enfant né d'un viol<sup>48</sup>. Elles ont également souligné la nécessité de bien éduquer la communauté en l'informant sur les violences sexuelles pour éviter la stigmatisation sociale et le rejet des victimes comme de leurs enfants. Une réponse humanitaire efficace devrait inclure des campagnes de sensibilisation des communautés car c'est ce qui permettra, à terme, de prévenir la stigmatisation et le rejet des victimes de violences sexuelles.

## Grossesse et viol : enjeux de santé et considérations éthiques

### Suivi de la grossesse et avortement sécurisé

Une grossesse consécutive à un viol est problématique à plusieurs égards, au plan opérationnel comme au plan éthique. Tous les professionnels humanitaires et de santé travaillant à apporter soins et assistance aux victimes de violence, doivent être formés et prêts à ces situations qu'ils rencontreront au quotidien, souvent dans un contexte d'urgence. Il est indispensable de disposer, en la matière, d'une ligne institutionnelle parfaitement claire. Un manque de clarté sur la grossesse et l'avortement conduit inévitablement à des programmes confus et inadéquats, et peut freiner le développement de programmes spécialisés par les institutions compétentes.

48 *Ibid.*

Une grossesse issue d'un viol peut constituer un traumatisme additionnel et mettre en danger la vie de la patiente. Elle est souvent impossible à accepter, que ce soit pour des raisons émotionnelles, rationnelles ou matérielles. Pour beaucoup, une grossesse forcée n'est tout simplement pas envisageable et l'interruption de grossesse est la seule option possible : leur survie, leur santé, leur rétablissement et leur famille en dépendent.

Dans de telles circonstances, en période de conflit armé ou de violences, l'accès à une contraception d'urgence ou à un avortement assisté peut sauver des vies. C'est une question de santé publique. La contraception d'urgence, communément appelée « pilule du lendemain », est autorisée par de nombreux pays dans les trois jours (soixante-douze heures) suivant le rapport sexuel. Pour de nombreux pays, ce soin n'étant pas une interruption de grossesse, il ne tombe pas sous le coup de la législation sur l'avortement, même si les conditions de licéité et les délais prévus peuvent varier d'un pays à l'autre. Certains autorisent ce soin jusqu'à cinq jours après le rapport sexuel, mais plus on attend, moins la contraception d'urgence est efficace. Dans certains pays, la contraception d'urgence est légale tandis que l'avortement est illégal. La contraception d'urgence ne présente pas de risque pour la santé, c'est un soin simple à pratiquer, bien accepté par les femmes.

Chaque fois que c'est possible et autorisé, la possibilité d'avorter doit être offerte afin que la survivante de violences sexuelles puisse choisir si elle souhaite, ou non, poursuivre la grossesse. Dans de nombreux cas, un avortement sécurisé peut être prescrit par un médicament, d'une façon sûre et relativement simple, qui évite des méthodes traumatisantes et des interventions invasives. L'accès à l'avortement est étroitement dépendant de la législation qui varie selon les pays<sup>49</sup>. Il peut être autorisé ou pas en fonction de réponses éthiques diverses sur le statut reconnu à l'embryon. Dans la plupart des pays, l'avortement est autorisé par la loi si la vie de la femme est en danger ; c'est aussi le cas si sa santé psychique ou physique est en jeu. Certains pays reconnaissent spécifiquement la légitimité de l'avortement consécutif à un viol, reconnaissant ainsi les défis éthiques que posent ces situations. Il est également possible qu'un pays adopte des dispositions transitoires, reconnaissant la légalité de l'avortement en période de conflit armé ou d'autres situations de violence. D'après les données statistiques recueillies en 2011 sur plusieurs législations nationales, l'interruption de grossesse destinée à sauver la vie de la femme était acceptée par 97 % des pays au monde. Dans 51 % des pays, l'avortement était autorisé spécifiquement en cas de grossesse consécutive à un viol<sup>50</sup>. Le statut juridique de l'avortement n'a aucune incidence sur la probabilité que la femme fera le choix d'interrompre une grossesse non désirée<sup>51</sup>. Les auteurs d'une étude internationale expliquent que

49 OMS, « Des soins sécurisés en cas d'avortement, une justification simple : santé publique et droits de l'homme », in *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2<sup>e</sup> édition, Genève, 2012, p.17-26, disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf).

50 Nations Unies, « World Abortion Policies 2013 », Département des affaires économiques et sociales, division de la population, UN Doc. ST/ESA/SER.A/329, 2013, available at: [www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml).

51 OMS, *op. cit.* note 51.

« certaines femmes, déterminées à éviter une grossesse non désirée et faute d'accès à des soins médicaux, auront recours à un avortement clandestin, sans assistance, courant ainsi le risque de complications, voire de mort [Traduction CICR]<sup>52</sup> ». Outre les restrictions imposées par la loi, les pressions familiales ou sociales, les obstacles à l'avortement assisté sont parfois le résultat de l'absence de services de santé et de moyens médicaux adéquats, de la difficulté d'accéder à de telles prestations, de l'incompétence ou du manque de formation du personnel de santé en matière de violences sexuelles, d'interruption de grossesse, des procédures judiciaires et médico-légales indispensables, pour apporter la preuve d'un viol<sup>53</sup>.

L'absence d'accès ou l'accès limité à l'avortement sécurisé, ajoutés aux restrictions légales et aux pressions sociales, conduisent de nombreuses femmes et jeunes filles à se faire avorter par leurs propres moyens ou en ayant recours à des prestataires non-professionnels.

## Accès de la patiente à l'avortement

Les femmes qui tombent enceintes à la suite d'un viol et qui ne peuvent pas bénéficier d'un avortement médicalement assisté sont exposées à des risques majeurs pour leur survie, leur avenir et leur santé. Il est fort probable qu'elles vont opter pour un avortement clandestin, malgré les risques graves que de telles pratiques représentent pour leur vie et leur santé. L'avortement non sécurisé est un problème de santé publique majeur. Il est défini « comme une interruption de grossesse pratiquée par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux<sup>54</sup> ». L'OMS estime à 22 millions le nombre d'avortements non sécurisés pratiqués chaque année. Près de 50 000 décès par an sont dus aux complications engendrées par des avortements non sécurisés<sup>55</sup>. Une femme ou jeune fille sur quatre qui subit un avortement non sécurisé, sera susceptible de développer une pathologie invalidante temporaire ou permanente exigeant des soins médicaux.

L'accès à l'avortement sécurisé est donc une priorité pour les services de santé, en termes de soins à la personne et de santé publique. Dans les pays où ceci est légal, la contraception d'urgence et l'avortement sécurisé devraient figurer parmi les services de santé de base, y compris dans les situations d'urgence humanitaire. Là où l'avortement est légal, offrir ce service relève de la responsabilité des autorités de santé publiques nationales ; en cas de crise humanitaire, les personnels de santé humanitaires qui travaillent auprès de la population affectée doivent aussi s'assurer que les femmes victimes de viol bénéficient d'un accès à tous les soins de santé, y compris l'avortement sécurisé. Il incombe aussi au personnel humanitaire de se conformer à la législation nationale ainsi qu'à la déontologie médicale en la matière.

52 Gilda Sedgh *et al.*, « Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008 », *The Lancet*, vol. 379, n° 9816, 2012, pp. 625–632.

53 K. I. Teklehaimanot et C. Hord Smith, « Rape as a Legal Indication for Abortion: Implications and Consequences of the Medical Examination Requirement », *Medicine and Law*, vol. 23, n° 1, 2004, p. 91.

54 OMS, *op. cit.* note 49.

55 OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6<sup>e</sup> éd. Genève, 2011, p. 27.



Les humanitaires et les professionnels de santé doivent pleinement informer les patientes et promouvoir leur autonomie, tout en respectant leurs choix, en leur apportant l'accompagnement nécessaire pour qu'elles puissent effectivement accéder aux soins nécessaires dans les délais requis. Ce devoir déontologique s'impose, que la patiente choisisse d'interrompre volontairement sa grossesse, de la mener à terme, de garder l'enfant, de le confier à l'adoption ou de le placer dans un centre d'accueil. Chacune de ces options peut correspondre à des choix existentiels et éthiques positifs, dépendant du contexte et de la situation particulière de la patiente, de ses croyances et de sa religion.

Il se peut que le professionnel de santé désapprouve un choix fondé sur ses croyances ou sa religion, mais nul obstacle supplémentaire – objection de conscience ou argument professionnel – ne saurait entraver l'accès de la patiente à une prise en charge complète. Eu égard à la déontologie médicale, l'Association Médicale Mondiale reconnaît au praticien le droit de ne pas pratiquer l'avortement si cet acte est contraire à ses convictions personnelles ; dans ce cas « il peut se retirer en confiant la continuité des soins médicaux à un confrère qualifié<sup>56</sup> ». L'expression « continuité des soins » étant assez vague, cette déclaration peut ne pas suffire à garantir l'absence de toute discrimination dans l'accès à l'avortement, en ce qu'elle accorde une grande importance aux considérations morales du médecin, plus qu'elle n'accorde de poids et de respect à celles de la patiente. Elle tend également à sous-estimer la « responsabilité fiduciaire » du médecin<sup>57</sup>. L'attitude personnelle du médecin peut profondément influencer les choix ou les habitudes de santé de son patient, comme en témoignent de nombreux exemples empruntés au champ de la médecine préventive, dont la vaccination des enfants.

Le code déontologique de la Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens (FIGO), conçoit le rôle et les obligations du médecin d'une manière qui prend mieux en compte les attentes et les choix de la patiente. Il confère au professionnel une obligation claire d'adresser activement la patiente à un prestataire de soins de santé en cas de désaccord ou d'objection de conscience, précisant que les professionnels devraient :

« veiller à ce que le droit du médecin de préserver ses valeurs morales ou religieuses ne le conduise pas à les imposer aux femmes dont il a la charge. Si tel était le cas, il conviendrait qu'elles aillent consulter un autre praticien. L'objection de conscience à un acte médical ne saurait justifier qu'un médecin refuse d'apporter les premiers soins en cas d'urgence, retardant ainsi le traitement nécessaire [Traduction CICR]<sup>58</sup> ».

56 Association Médicale Mondiale (AMM), Déclaration de l'AMM sur l'avortement thérapeutique, Pïanesberg, Afrique du Sud, 2006.

57 Rosamond Rhodes, « The Professional Responsibilities in Medicine », in Rosamond Rhodes, Leslie P. Francis et Anita Silvers, *The Blackwell Guide to Medical Ethics*, Blackwell, Oxford, 2007, pp. 71–87.

58 FIGO, « Rights-Based Code of Ethics: FIGO Professional and Ethical Responsibilities Concerning Sexual and Reproductive Rights », October 2003, disponible en anglais seulement sur: [http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/wsr/Rights-Based\\_%20Code\\_of\\_Ethics\\_October%202003%20-%20Copy%20-%20Copy.pdf](http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/wsr/Rights-Based_%20Code_of_Ethics_October%202003%20-%20Copy%20-%20Copy.pdf).

Objection de conscience, obligations et responsabilités des professionnels de santé et autres sujets connexes ont fait l'objet de développements importants sous un angle tant éthique que juridique. Ainsi, Rosamond Rhodes, dans son analyse de la « responsabilité fiduciaire » du médecin vis-à-vis de ses patients et de la société<sup>59</sup>, affirme que si un professionnel de santé a le droit d'avoir ses propres valeurs et positions éthiques, il n'a pas le droit de faire obstacle à ce qu'un patient décide en son âme et conscience, selon les besoins et les circonstances de l'espèce. Julian Savulescu adopte une position similaire, soulignant que l'objectif principal d'un service de santé est de protéger la santé des celles et ceux qui reçoivent des soins<sup>60</sup>.

Ces débats se sont déroulés, pour l'essentiel, en temps de paix, dans des pays dotés d'infrastructures sanitaires et médicales accessibles et disponibles. L'obligation de soigner, ou du moins de s'assurer que le patient a le meilleur accès possible à des soins de santé, s'impose avec plus de force encore en situation de conflit armé. Dans une situation de violence ou de conflit armé, les victimes de viol sont extrêmement vulnérables. De plus, la plupart d'entre elles sont totalement tributaires de services, organisations et professionnels en nombre limité. Les acteurs humanitaires de santé sont souvent en position de monopole et les patients n'ont pas d'autre choix que celui qu'ils leur proposent. Les patients sont placés dans une situation de « dépendance unique » analogue à celle décrite dans les principes éthiques applicables aux secours en cas de catastrophe<sup>61</sup>. Dans de tels cas, la personne affectée est obligée de s'en remettre entièrement aux mains de professionnels ou d'organisations, lesquels ont le strict devoir de porter assistance et de prodiguer des soins, ou, *a minima*, de faire en sorte que le patient puisse accéder à des soins (y compris en l'adressant à un autre médecin). L'abus de l'argument tiré de l'objection de conscience a été porté devant la justice par des femmes qui s'étaient vu refuser l'accès à l'avortement légal en Colombie<sup>62</sup>. Un arrêt de la Cour constitutionnelle de Colombie a conclu que les professionnels de soins de santé, même s'ils sont opposés à l'avortement, sont dans l'obligation d'adresser leurs patientes à des confrères qui ne s'y opposent pas<sup>63</sup>. Par ailleurs, il est admis que les hôpitaux, cliniques et autres établissements de soins n'ont pas le droit d'invoquer une telle clause de conscience. Au plan international<sup>64</sup>, il a été établi, dans les pays où l'avortement est légal, que lorsque le développement du fœtus est compromis, les gouvernements ont l'obligation de s'assurer que les femmes y ont accès ; qu'il relève de la responsabilité d'un professionnel de ne pas l'entraver en y opposant ses opinions personnelles ; et que les institutions ont, à cet égard, des obligations clairement fixées.

59 R. Rhodes, *op. cit.* note 57.

60 Julian Savulescu, « Conscientious Objection in Medicine », *British Medical Journal*, vol. 332, 2006, pp. 294–297.

61 Scott James, « Good Samaritans, Good Humanitarians », *Journal of Applied Philosophy*, vol. 24, n° 3, 2007, pp. 238–254.

62 Rebecca J. Cook, Bernard Dickens et Monika Arango Olaya, « Healthcare Responsibilities and Conscientious Objection », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 104, 2009, pp. 249–252.

63 Voir Colombie, Corte Constitucional [Constitutional Court], Sentencia T-388/09, 28 mai 2009.

64 Comité des droits de l'homme des Nations unies, *KL v. Peru*, Communication, n° 1153/2003, CCPR/C/85/D/1153/2003, 22 novembre 2005.

Ces conclusions éthiques et juridiques confirment que c'est bien le patient qui est au cœur des soins de santé<sup>65</sup>. Respecter la dignité et l'autonomie du patient demeure le premier impératif. Le devoir du professionnel est d'accepter le choix de son patient, dans la mesure où ce choix est conforme à la bonne pratique médicale ainsi qu'à la loi. Si le praticien ne veut pas ou ne peut pas respecter ce choix, il doit alors adresser son patient à un confrère compétent qui accepte de le prendre en charge et de lui fournir ce soin particulier.

L'accès à l'avortement sécurisé, dans une relation de soin fondée sur l'empathie et les conseils professionnels, permettra à la survivante d'un viol de faire un choix éclairé quant à la suite à donner à sa grossesse. La continuité des soins devra se poursuivre au-delà de l'interruption d'une grossesse consécutive à un viol. Ces survivantes rencontrent également des défis majeurs pour surmonter le traumatisme et se reconstruire. Du fait de leur choix, elles risquent l'humiliation, l'exclusion, la stigmatisation, voire, dans certains cas, subir la violence de la part de leur famille ou de leur entourage, violence entraînant parfois la mort. Là où l'avortement est interdit, c'est le risque de poursuites et d'emprisonnement qui les guette.

### Continuité des soins, grossesse, responsabilité parentale

Pour des raisons diverses, nombreuses sont les femmes et les jeunes filles qui, tombées enceintes à la suite de violences, prennent la décision de mener leur grossesse à terme, que ce soit pour des raisons religieuses, morales, culturelles ou par choix personnel-imposé parfois par l'absence d'accès à l'avortement sécurisé. Dans quelques cas, des femmes ont refusé d'avorter après un viol pour marquer leur volonté de résistance à la victimisation<sup>66</sup>. Elles font ce choix malgré la possibilité d'un avortement sécurisé dans une structure médicalisée. Certaines confient leur enfant à un orphelinat, à des fins d'adoption. D'autres se découvrent une vocation de mère à l'égard de ces enfants, fruits de la violence, ce don d'amour étant pour elles l'antidote du viol. Il y a une large gamme de raisons, de motivations, d'espoirs qui conduisent ces femmes et ces jeunes filles, à mettre au monde l'enfant né d'un viol, voire à l'élever. Quelles que soient ces raisons, la grossesse, la maternité et l'éducation de l'enfant posent des défis particuliers. Dans de nombreux cas, les victimes de violences sexuelles ainsi que les enfants nés d'un viol sont hautement vulnérables et requièrent une attention et une aide particulières pendant la grossesse, à la naissance puis tout au long de la croissance de l'enfant. Nombreuses sont celles qui font face à de graves difficultés au quotidien, pour leur santé, dans leurs relations, qui sont socialement exclues, pauvres et délaissées, tout ceci venant s'ajouter au difficile processus de reconstruction après un viol, tentant de surmonter le traumatisme et la souffrance, de vaincre les craintes et les terreurs et de se reconstruire. Ces survivantes de violences extrêmes ont des besoins essentiels, y compris de bienveillance et de respect, d'accompagnement, de protection et de conseils, ainsi que d'un soutien pour les aider à surmonter les difficultés qu'elles rencontrent pour élever leur enfant. Ceci peut passer par l'instau-

65 AMM, *Manuel d'éthique médicale*, Ferney-Voltaire, 2015, p. 6.

66 F. Sironi, *op. cit.* note 26, p. 61.

ration d'une relation positive et aimante avec l'enfant, ainsi que dans l'aide à l'enfant pour surmonter le rejet et l'exclusion sociale auxquels il peut être confronté. Les enfants nés d'un viol peuvent également avoir des besoins spécifiques ; ils peuvent être considérés comme des enfants vulnérables, avec un risque élevé de conséquences négatives sur leur santé et leur développement. Ils peuvent bénéficier utilement de conseils réguliers, d'une aide spécifique, d'un suivi médical et psychologique, d'un accompagnement pédagogique régulier, dès le plus jeune âge et sur le long terme, qui se conjuguent avec le soutien apporté aux parents et à l'entourage de l'enfant<sup>67</sup>.

## Dialogue humanitaire sur le droit, la grossesse et l'avortement

Le CICR, en tant qu'organisation humanitaire qui prodigue des soins médicaux, respecte la loi applicable, la politique intérieure des pays concernés et des grandes orientations définies par les autorités de santé publique. Là où l'avortement sécurisé n'est pas prévu par la loi, le CICR respecte cette disposition. Il arrive que les autorités décident d'adapter certaines dispositions au contexte de conflit armé ou de violence collective, de sorte que l'avortement sera proposé aux femmes et filles tombées enceintes à la suite d'un viol. Ces dispositions spéciales légitiment l'avortement dans les situations désespérées, si la vie de la femme est en danger, si sa situation personnelle, émotionnelle ou sociale est défavorable à la grossesse ou risque de compromettre le développement de l'enfant, ou encore lorsque les conditions dans lesquelles l'avortement sécurisé est pratiqué, n'offrent pas les garanties requises.

## Conclusion : pour une approche holistique et centrée sur la personne des soins humanitaires

Cet aperçu aura permis de décrire l'évolution de notre compréhension des violences sexuelles au fil de l'histoire et de mettre en exergue certains obstacles concrets et dilemmes éthiques que pose la réponse aux violences sexuelles dans les conflits armés et autres situations de violence. Des défis difficiles se présentent quand on tente de répondre au traumatisme et aux souffrances, au sentiment de déshumanisation et de « mort » vécus par les victimes. Il n'y a pas de moyen simple, de technique standard pour répondre à de telles situations d'extrême détresse. L'essentiel, c'est de considérer la personne avec humanité, dans une relation de soin humanitaire. Cela implique de considérer la personne en tant que personne, avec respect et empathie.

Les victimes de violences sexuelles, tout comme les victimes de torture ou d'autres formes de violence extrême, requièrent un accompagnement et un suivi particulièrement rigoureux et exigent professionnalisme, humanité et humilité. La réponse doit être centrée sur la personne affectée, dans une démarche holistique qui allie soins médicaux d'urgence, bilan médico-légal, suivi de grossesse et soutien psychosocial. Il est impératif que tous les professionnels humanitaires et de santé

67 On trouvera des exemples de programmes axés sur la vulnérabilité et la résilience dans Suniya S. Luthar, *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003.

aient une certaine expérience de la violence, de la santé sexuelle et reproductive et qu'ils bénéficient d'une formation appropriée et continue. Le soutien psychosocial est crucial et exige une très bonne qualité d'écoute, une attention soutenue au récit du patient, au sens qu'elle ou il donne à son traumatisme, et aux moyens qu'il ou elle utilise pour surmonter le traumatisme et la détresse. Les survivants peuvent tirer grand profit d'un travail de groupe de pairs. Des progrès considérables ont été obtenus récemment en déplaçant l'attention, autrefois focalisée sur les vulnérabilités et le traumatisme, pour se tourner vers le soutien aux processus de guérison et de résilience.

Les témoignages proposés dans ce numéro de la *Revue*<sup>68</sup> illustrent fort bien les différentes facettes du problème de façon très expressive et émouvante. Ces personnes, après des expériences extrêmement traumatisantes, ont pu bénéficier de programmes élaborés ou soutenus par le CICR. Toutes évoquent la souffrance, la déshumanisation, l'exclusion, la mort sociale et mettent en exergue le rôle de l'accompagnement, de l'attention portée, qui leur ont permis de surmonter ces événements. Bon nombre expriment leur reconnaissance aux professionnels qui les ont aidées ; certaines évoquent aussi les limites de l'assistance reçue, leurs problèmes actuels et les besoins qui n'ont pas été couverts.

Si beaucoup de ces messages émanent de bénéficiaires de programmes d'assistance, il convient de rappeler que nombreuses sont les victimes qui n'ont reçu aucun soutien, faute de programmes en place, ou par refus, ou par impossibilité d'y participer. Pour autant, ces témoignages sont uniques et précieux en ce qu'ils encouragent professionnels de la santé et organisations humanitaires à ne pas relâcher leurs efforts, dans le respect de la personne et avec le sens de la mission qui les caractérise. Ces paroles viennent confirmer la pertinence d'une réponse éthique, globale et intégrée, et la nécessité de continuer à développer la réponse humanitaire en réponse aux violences sexuelles dans les conflits armés.

68 Voir la partie introductive à ce numéro de la *Sélection française*, « Voix et perspectives ».